

**Datos Personales del Deportista**

Apellido:		Nombre:		DNI:			
Fecha Nacimiento: / /		Grupo Sanguíneo:		Factor:			
Domicilio:			Telef. Particular:				
Localidad:		Provincia:		Telef. Celular:			
Obra Social:			N° Afiliado:				
Domicilio:			Telefono:				
Mail:			Nacionalidad:				
Vacuna contra COVID	<input type="checkbox"/> SI	dosis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> NO

**Datos Deportivos**

Deporte/s que practica:	Institución:
-------------------------	--------------

**Para ser llenado por el Médico**

**HISTORIA CLINICA**

marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas

si	no	detalle	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Familiares con muerte súbita	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades respiratorias	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades metabólicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades cardiovasculares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades articulares	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades actuales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirujías recientes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma medicación	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuvo episodio de desmayo o síncope	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es alérgico a:	

**EVALUACION CLINICA**

Frecuencia Cardíaca Basal	<input type="text"/>	Peso	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria Basal	<input type="text"/>	Altura	<input type="text"/>
Tensión Arterial Basal	<input type="text"/>	Talla sentado	<input type="text"/>
Realiza Actividad Física?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cual:	<input type="text"/>
Con que frecuencia:	1 - 2 - 3 - 4 veces x semana	Todos los días	<input type="checkbox"/>
<b>¿Considera necesario realizar algún estudio complementario previo a la firma de esta planilla?</b>			<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Cual?	ECG <input type="checkbox"/> Ergometría <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> RMN <input type="checkbox"/>	Estudios de Laboratorio	<input type="checkbox"/>

Certifico que \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad ha sido examinado clínicamente y se encuentra apto para realizar actividades deportivas competitivas

\_\_\_\_\_  
Firma y Sellos del Médico

\_\_\_\_\_  
Lugar, fecha y hora

Declaro verídicos los datos proporcionados en el presente cuestionario.

Autorizo la cesión de mi imagen a la Organización de los Juegos Bonaerenses a cargo del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, para su aplicación y/o transmisión y/o grabación en cualquier formato y/o soporte audiovisual y el uso y/o reproducción total o parcial de las imágenes y/o voz obtenidas a partir de la grabación realizada.

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

\_\_\_\_\_  
Aclaración y DNI